AZ Nikolaas
Top zorg, warm hart

bpost
PB-PP | B-01517
BELGIE(N) - BELGIQUE

Infusie

Jaargang 7 • nr. 24 • december - januari - februari 2015 • Driemaandelijks tijdschrift

Nieuwbouw Beveren decor voor nieuwjaarsreceptie artsen

8

14

AZ Nikolaas

Afgiftekantoor 9100 Sint-Niklaas 1
P209199

Verantwoordelijke uitgever & afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

Inhoud

4 Vechtscheidende ouders en hun kinderen

6 Pensioen
Dr. Pascal Nachtegaele

7 AZ Nikolaas verhoogt waakzaamheid rond ebola

8 iTask: een nieuw meld- en leersysteem voor (bijna)incidenten

10 Nieuwjaarsreceptie Huisartsen

12 Paperless office: informatisering van het Revalidatiecentrum

14 Hemovigilantie & Cybertrack

16 Iridium-ziekenhuizen organiseren tele-MOC

18 Strategiekaart en beleidsplan 2015-2017

20 Effectiviteit preventie- en interventiebeleid bij decubitus

22 Hoofd- en halsoncologie: een kritische terugblik op de laatste 10 jaar

Edito

Beste lezer,

Intussen zijn de eindejaarsfeesten en nieuwjaarsrecepties weer achter de rug, maar desalniettemin ook langs deze weg vanwege de gehele directie AZ Nikolaas het allerbeste voor 2015! 2014 was net zoals 2013 over de ganse lijn wederom een schitterend jaar voor AZ Nikolaas: toename met 3,3 % klassieke opnames, 8,5 % daghospitalisaties, 4% spoedopnames, 2% bevallingen, …

Op het einde van 2014 werd het negende multidisciplinair managementteam opgestart en dit binnen de dienst kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit beproefd concept loopt reeds meerdere jaren binnen het operatiekwartier, de spoedgevallendienst, de dienst Intensieve Zorgen, de centrale sterilisatie-afdeling, … en betreft sturende beleidsteams, paritair samengesteld uit artsen en verpleegkundigen/paramedici, die op multidisciplinaire wijze het beleid in al zijn aspecten van een dienst aansturen met decentrale autonomie. De link met directie wordt gelegd door participatie van een directielid en verpleegkundig middenkader binnen elk managementteam, alsook via een jaarlijks beleidsplan dat besproken wordt met de ziekenhuisdirectie. Binnen de managementteams sturen artsen en verpleegkundigen/paramedici als partners samen binnen volledige transparantie en wederzijds respect. Persoonlijk valt mij keer op keer de open visie en noeste inzet van onze artsen binnen al deze managementteams op, waardoor deze beleidsstructuren echt de beleidsparticipatie en samenwerking binnen AZ Nikolaas tot een hoger niveau tillen.

Specifiek voor de dienst kinder- en jeugdpsychiatrie ligt de focus naast het intern operationeel beleid op het uitbouwen van de contacten van het interne (spoedgevallendienst, pediatrie, materniteit, volwassenpsychiatrie, …) en het externe netwerk (de partners bijzondere jeugdzorg binnen Abram, integrale jeugdzorg, maar ook met huisartsen, externe kinderpsychiaters, scholen …). Hier nauw bij samenhangend is de verdere uitbouw en versteviging van het medisch kader rond infantpsychiatrie samen met de pediaters en gynaecologen een beleidsprioriteit in 2015.

In 2015 zullen nog verder multidisciplinaire managementteams opgestart worden rond apotheek, medische oncologie en endocrinologie-diabetologie.

Ik wens u veel leesgenot!

Dr. Philip Nieberding
Medisch directeur

Colofon

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2350 exemplaren.

Verantwoordelijke uitgever:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

Redactieraad:
Dr. Philip Nieberding
Dr. Pascal Van Ranst
Katrien Vandamme
Natalie Nevelsteen

Vormgeving:
Dienst communicatie
AZ Nikolaas

Illustraties:
Alex Deyaert

Vechtscheidende ouders en hun kinderen:

Hoe de kloof als ex-partners overbruggen?

Conflictueuze scheidingen zijn vaak een jarenlang aanslepend proces vol achterdocht, wraakzucht, destructie, zelfs demonisering. Kinderen raken in deze strijd beschadigd. Het kind is bovendien vaak op zichzelf aangewezen. Het kind dat niet wil kiezen raakt verscheurd maar kan zich niet uiten: elke uiting is potentieel munitie in de strijd tussen de ouders. Het valt te begrijpen dat deze kinderen na verloop van tijd zeer uiteenlopende symptomen ontwikkelen. Individuele therapie bij de kinderen werkt echter niet. Ze leren zich wel te uiten in de therapie, maar thuis moeten ze zich inhouden om een nieuwe strijd tussen de ouders te vermijden. De hulpverlening kan aldus weinig uitrichten zolang de context niet verandert.

Twee jaar geleden werd in het Lorentzhuis, centrum voor systeemtherapie in Haarlem, een groepstherapie ontwikkeld voor vechtscheidende ouders en hun kinderen, met gunstig resultaat. Eén derde van de ouders blijkt hun gedrag radicaal te veranderen door de groepsessies en staakt de strijd. Nog een derde kan nadien met additionele hulp eveneens vrede sluiten. De overigen blijven helaas hardnekkig verder ruziën.

Het is belangrijk dat er bij scheidingen een brug tussen de ex-partners blijft bestaan, waardoor kinderen zich voldoende veilig en vrij voelen om tussen hun beide ouders te bewegen. Zij hebben hiervoor toelating nodig van beide ouders. En juist dít is niet meer mogelijk in een “vechtscheiding”. De focus op de kinderen is zoek. Deze ligt immers op de ander, gepaard gaande met veel verwijten. Vernieuwend in deze therapie is dan ook dat ouderparen worden samengezet. Hierbij zien ze hun gevecht in de anderen weerspiegeld. De ouders confronteren elkaar met hun gedrag. De groep zelf werkt daardoor corrigerend.

De kinderen worden eveneens in een aparte groep samengezet. Zij werken samen aan een boodschap voor de ouders via toneel, tekeningen, etc. Een gezamenlijke boodschap maakt het voor hen gemakkelijker.

Ook de Kinder- en Jeugdpsychiatrische dienst van het AZ Nikolaas is voorstander van deze therapie, die de kloof tussen de ex-partners helpt overbruggen. Momenteel werken we aan dit programma om er op onze dienst mee van start te kunnen gaan in het voorjaar van 2015. De groepstherapie bestaat uit een aantal intakes, groepsessies – met de ouderparen en parallel met de kinderen – en een netwerkbijeenkomst om belangrijke anderen zoals nieuwe partners en grootouders te kunnen betrekken. Voor de kinderen creëren we een context waarbij zij een stem kunnen hebben en gehoord worden. Tevens leggen we de focus op de krachten van het kind en het vergroten van zijn/haar weerbaarheid.

Doelstellingen van de oudergroep zijn: het doorbreken van destructieve interactiepatronen, het creëren van ruimte tot verzoening en nieuwe teamvorming tussen de ouders, het valideren en erkennen van het ouderschap van zowel vader als moeder en empathie voor de andere ouder vergroten. Het centraal stellen van de kinderen blijkt hierbij essentieel, alsook aandacht voor de nieuwe partners is van cruciaal belang om het proces een goede kans te geven.

Dr. Ruth Reyntjens
Kinder- en jeugdpsychiatrie
ruth.reyntjens@aznikolaas.be

Referentie: Van Lawick, J. (2012). Vechtscheidende ouders en hun kinderen. Systeemtherapie, 24 (3), 129-150.

Dr. Ann Van Thillo

Dr. Walter Mengde

Managementteam Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Om beter tegemoet te komen aan de huidige en toekomstige noden binnen het kinder- en jeugdpsychiatrische landschap werd de leidinggevende structuur van de dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie in het najaar 2014 aangepast. Naar analogie met intussen zeven andere diensten binnen het ziekenhuis, werd gekozen voor een managementteamstructuur, waarbij multidisciplinaire besluitvorming en verantwoordelijkheid centraal staan. Op dit moment bestaat het managementteam uit de drie kinderpsychiaters, het verpleegkundig afdelingshoofd, de zorgmanager en de verpleegkundig directeur. Op termijn wordt gekeken hoe vertegenwoordiging van zowel verbale als non-verbale therapeuten kan voorzien worden.

Naast de dagelijkse operationele aansturing van de dienst door het managementteam beogen we de communicatie en samenwerking met andere afdelingen binnen het ziekenhuis, de ziekenhuisdirectie en diverse externe netwerkpartners te bestendigen en verder uit te bouwen. Daarnaast willen we de betrokkenheid en motivatie bij medewerkers optimaliseren. Al deze doelstellingen zullen gebundeld worden in het beleidsplan kinder- en jeugdpsychiatrie 2015-2017, dat in volle voorbereiding is binnen het managementteam.

De visie die werd uitgewerkt bij de start van de dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie met als belangrijk uitgangspunt de psychotherapeutische identiteit van onze afdeling blijft behouden. Centraal in de behandeling staat het deblokkeren van de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Hierbij richten we onze aandacht op het verder uitbouwen van aanwezige sterkten, eerder dan stil te blijven staan bij aangeboren of verworven beperkingen. Kinderen, jongeren en hun gezinnen krijgen de kans om op eigen tempo te groeien waarbij gestreefd wordt naar maximale participatie van alle betrokken partijen.

Dr. Ann Van Thillo
Kinder- en jeugdpsychiatrie
ann.vanthillo@aznikolaas.be

Pensioen

Dr. Pascal Nachtegaele - Gastro-enterologie

Alweer nemen we afscheid van een collega gastro-enteroloog.
Pascal begon zijn carrière in Sint-Gillis-Waas waar hij de fakkel van Herman Bossaert overnam en zowel de endoscopie als de echografie introduceerde in het noorden van het Waasland.

Later trad hij toe tot onze associatie en wij leerden Pascal kennen als een heel loyale partner: loyaal aan zijn collega's, loyaal aan het ziekenhuis én loyaal aan zijn talrijke patiënten.

Hij was een bedreven endoscopist en een zeer geduldige echografist die steeds dat ietsje meer kon zien.
Pascal bouwde de polikliniek in Sint-Gillis-Waas uit tot een stevig bastion dat kan rekenen op een trouw verwijzers- en patiëntenpubliek. 'Zijn' polikliniek werd later ondersteund door Bénédicte Naessens en nu proberen Guido Spanoghe en Koen Gorleer mee de reputatie die Pascal in Sint-Gillis-Waas heeft opgebouwd in ere te houden.

Pascal was een respectvol collega en engageerde zich ook in de Medische Raad. Iedereen kon altijd rekenen op zijn wijze inzichten en rustige bemiddeling.

Hij heeft altijd tijd gemaakt voor zijn andere interesses. Misschien zag je het niet direct in hem maar hij is een bedreven tuinier, een wereldreiziger die zelfs de cover van een reismagazine haalde, een muziekliefhebber met een grote collectie jazz, een ijverige student Italiaans en een onderlegd kunstgenieter.

We wensen hem samen met Martine nog vele gezonde jaren toe om van de geneugten van het leven te genieten.

Dr. Ivo Duysburgh

AZ Nikolaas verhoogt waakzaamheid rond ebola

Ooit was ebola bij het grote publiek een nobele onbekende, maar ondertussen weet zowat iedereen wat deze ziekte bij de mens kan aanrichten.

De klassieke symptomen van deze hemorragische koorts zijn hoge koorts al dan niet met hoofdpijn, hoesten, misselijkheid, braken, diarree en in een later stadium encefalitis en soms bloedingen en orgaanfalen. Het virus verspreidt zich door middel van direct contact met lichaamsvochten zoals bloed, stoelgang en urine van zieke personen en via contact met een besmette omgeving of besmette gebruiksvoorwerpen. De incubatieperiode varieert van 3 tot 21 dagen. Er is momenteel nog geen vaccin of specifieke behandeling tegen ebola beschikbaar.

Ebola veroorzaakt momenteel een epidemie in Guinea, Liberia en Sierra Leone. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is de kans erg klein dat de epidemie zich naar Europa uitbreidt. Desalniettemin moeten we waakzaam zijn en blijven.

AZ Nikolaas treft dan ook de nodige maatregelen om efficiënt te kunnen reageren wanneer een patiënt zich aanbiedt met kans op ebola. Conform de nationale richtlijnen (terug te vinden op www.info-ebola.be) werd binnen het ziekenhuis een procedure opgesteld om snel te kunnen oordelen of een patiënt een risico vertoont om besmet te zijn met het ebolavirus. Er werd een flowchart opgesteld waarop duidelijk staat wie wat moet doen wanneer een dergelijke patiënt zich aanmeldt via spoed, ambulance, consultatie of verblijfsafdeling. Al deze informatie werd ruim verspreid onder het artsenkorps van AZ Nikolaas en toegelicht door de dienst ziekenhuishygiëne aan de hoog risico diensten (spoed, pediatrie en materniteit).
Afhankelijk van het risiconiveau wordt de patiënt geïsoleerd en worden er persoonlijke beschermingsmaatregelen voor de gezondheidsmedewerkers genomen om besmetting te voorkomen. Gezien het belang van het correct aan- en vooral uitdoen van de persoonlijke beschermingsmiddelen werd opleiding gegeven aan alle spoedartsen en spoedverpleegkundigen. Omdat de geografische verspreiding van ebola met de tijd wijzigt wordt ook wekelijks via ziekenhuishygiëne aan de hoog risico diensten een update doorgegeven van de landen waar transmissie van het ebolavirus werd gesignaleerd.

Bij een waarschijnlijk geval van ebola wordt de patiënt getransfereerd naar één van de door de overheid aangestelde tertiaire referentiecentra. Deze beschikken over de nodige infrastructurele middelen noodzakelijk om blootstelling van verzorgend personeel en personeel betrokken bij diagnostische onderzoeken op lichaamsvochten tot het minimum te beperken.

Apotheker Bioloog
Elise Willems
Klinisch laboratorium
elise.willems@aznikolaas.be

Wetenschappelijke publicaties

- **Everolimus plus exemestane for hormone-receptor-positive, human epidermal growth factor receptor-2-negative advanced breast cancer: overall survival results fram BOLERO-2**
  Annals of Oncology 25, 17 september 2014.
  M. Piccart • I. Deleu • et al
- **Interferon gamma receptor 2 gene variants are associated with liver fibrosis in the general population: the Rotterdam Study**
  Gut. oktober 2014
  Plompen EP • Schouten JN
- **10-kHz High-Frequency SCS Therapy: A Clinical Summary**
  Pain Medicine, 2014 .
  Marc Russo MD • Jean-Pierre Van Buyten MD

iTask

Een nieuw meld- en leersysteem voor (bijna)incidenten

Op 12 januari werd iTask in gebruik genomen, een ziekenhuisbreed systeem voor het online melden van incidenten en bijna-incidenten. iTask maakt het opvolgen van (bijna)incidenten en de verbetermaatregelen mogelijk. De implementatie ervan wordt begeleid door de dienst Quality & Safety.

Meld- en leersysteem voor (bijna-)incidenten

Incidenten zijn onlosmakelijk verbonden met het menselijk handelen in een zorgproces en worden door zorgverleners onopzettelijk veroorzaakt. Zorgverleners dienen dan ook gestimuleerd te worden om zowel incidenten als bijna-incidenten te melden. Hierbij zijn volgende pijlers van essentieel belang: openheid, transparantie en een heldere communicatie. Het sensibiliseren van medewerkers rond het melden van (bijna-)incidenten is een actiepunt dat gedurende heel 2015 op de agenda staat.

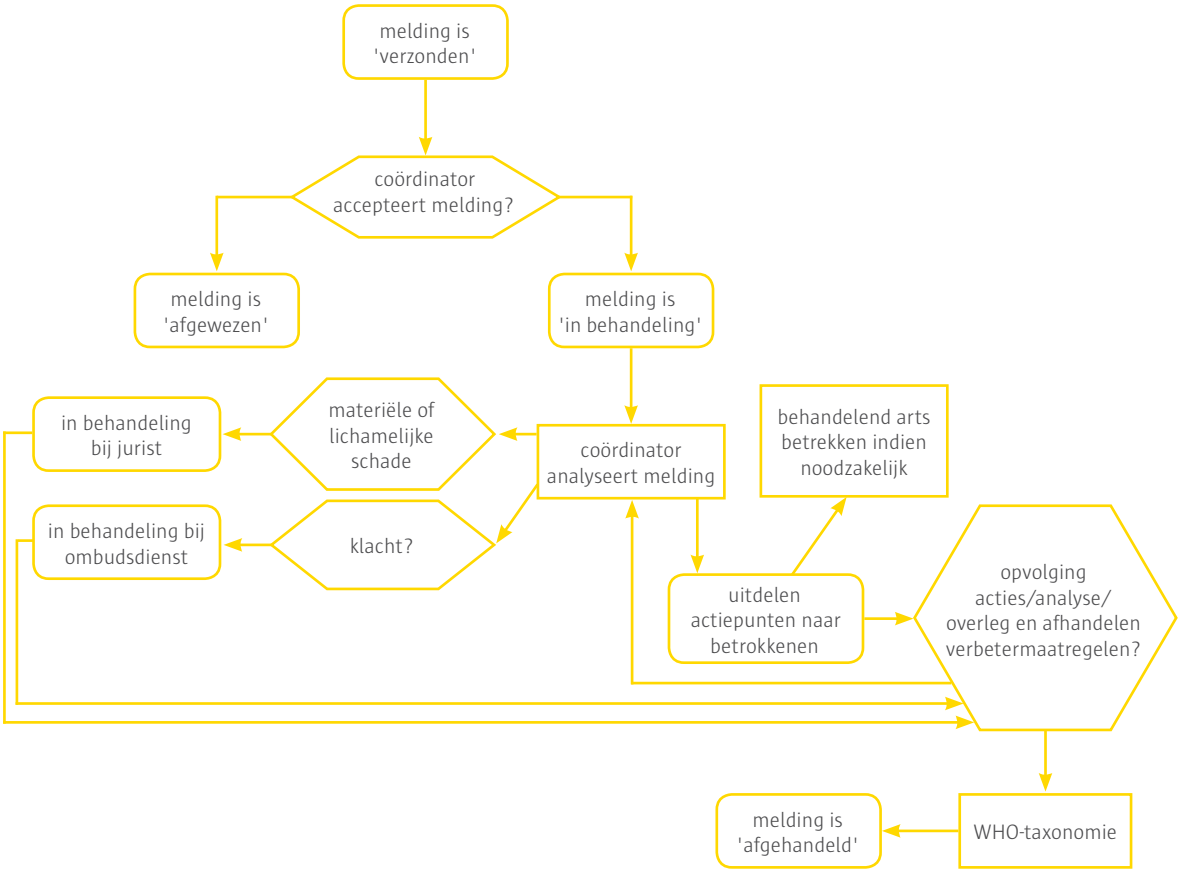
Door het melden en analyseren van (bijna-)incidenten willen we evolueren naar een leersysteem waarmee we de veiligheid van patiënten in het ziekenhuis continu kunnen verbeteren. Op deze manier wordt een kwaliteitscyclus tot stand gebracht, wat uiteindelijk resulteert in een hoger niveau van patiëntveiligheid. Hiermee beogen we gelijkaardige incidenten in de toekomst te vermijden.

Belang van heldere communicatie

Heldere communicatie naar betrokken medewerkers is van essentieel belang. Het systeem geeft doorheen het hele afhandelingsproces van de melding feedback in verband met de vooruitgang in het dossier. Tevens is er voor de melders de mogelijkheid om bij het melden van een (bijna-)incident de naam van de behandelende/betrokken ziekenhuisarts in te vullen (zie flowchart). Vervolgens zal de coördinator op basis van de ernst van de melding beslissen of het noodzakelijk is om de deze arts op de hoogte te brengen van het incident. Indien dit het geval is, zal de arts een e-mail toegestuurd krijgen. Dit biedt ziekenhuisartsen de mogelijkheid om incidenten met een hoger risico met betrekking tot de eigen patiënten nauwlettend op te volgen.

Indien de arts een totaalbeeld wenst van alle incidenten betreffende zijn patiënten, kan hij zich wenden tot het medisch diensthoofd, die inzagerecht heeft in alle gemelde incidenten. Indien het gaat om incidenten met een zeer hoog risico, dan zullen zowel de medisch

Tim Torsy volgt als stafmedewerker binnen de dienst Quality & Safety het patiëntveiligheidsbeleid op.



directeur, de directie verpleging als de juridische dienst (enkel bij mogelijke burgerlijke aansprakelijkheid) automatisch op de hoogte gebracht worden van het incident. Deze transparantie draagt bij tot een hogere effectiviteit en een betere efficiëntie met betrekking tot het opvolgen van gemelde incidenten waardoor ook effectief verbeteracties kunnen worden opgezet.

Op regelmatige basis zullen de meldingen gearchiveerd worden door Tim Torsy, stafmedewerker patiëntveiligheid en centrale coördinator van het nieuwe meld- en leersysteem. Hierbij worden de meldingen geanonimiseerd.

Praktisch

iTask werd ziekenhuisbreed uitgerold op maandag 12 januari 2015 en zal in de loop van 2015 binnen AZ Nikolaas duidelijk zichtbaar gemaakt worden voor alle medewerkers door middel van toelichtingen op werkvergaderingen en vrijblijvende vormingen en workshops.

Meer informatie?

Tim Torsy
Stafmedewerker patiëntveiligheid
Quality & Safety
tim.torsy@aznikolaas.be
03 760 86 80

30 januari 2015: Nieuwjaarsreceptie Artsen

Nieuwbouw campus Beveren

Paperless office

Informatisering van het revalidatiecentrum

Het revalidatiecentrum levert dagelijks kwaliteitsvolle patiëntenzorg en wil deze zorgverlening permanent verbeteren. In het kader van deze kwaliteitszorg hebben we, binnen de mogelijkheden van het ziekenhuis, ook steeds gezocht naar informatisering van ons centrum.

RevaPro

Begin 2000 spitste zich dit vooral toe op de automatisering van de administratie in een aparte Accessdatabase en in 2004 werd RevaPro geïntroduceerd. In de beginfase werd deze software enkel gebruikt voor het registreren en factureren van prestaties. In een volgende fase werd ook een groot deel van de administratie verwerkt in RevaPro. Alle aanvragen en kennisgevingen naar mutualiteiten, gekoppeld aan een voorschrift vertrekken vanuit dit systeem.

RevaPro werd in de loop der jaren verder geoptimaliseerd en gepersonaliseerd in samenwerking met de firma Compufit. Samen maakten we van RevaPro een zeer flexibel systeem.

Het programma wordt ook in belangrijke mate gebruikt om de werking van het revalidatiecentrum correct op te volgen. Via statistieken kunnen we onze werking evalueren en, waar nodig bijsturen.

C2M

Ondertussen werd het ziekenhuis verder geïnformatiseerd met onder andere de introductie van Ultragenda en C2M. Het multidisciplinaire karakter van het Revalidatiecentrum (artsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen en sociaal assistente) vraagt een goede en eenduidige vastlegging van gegevens. C2M geeft ons de opportuniteit om een sterke communicatie, zowel binnen het centrum als naar andere disciplines, mogelijk te maken.

Elk discipline kreeg een eigen openingspagina met de nodige tabbladen. Deze zijn nodig om te communiceren met de verschillende afdelingen en artsen. De therapeuten noteren dagelijks de evolutie en/of aanpassingen van therapie bij patiënten die pluridisciplinair behandeld worden. Om dit werk te vereenvoudigen werden aangepaste standaardsjablonen gecreëerd voor intake en ontslag.

Voor de verschillende pathologiegroepen (metabool syndroom/obesitas, cardiorevalidatie, multidisciplinaire kliniek voor chronische pijn, oncologische revalidatie,…) werden aparte tabbladen aangemaakt voor het registreren van parameters en testen. Er is eveneens de mogelijkheid tot het noteren van de evolutie van de patiënt en de therapie.

Het werken in twee systemen is niet altijd eenvoudig en vaak arbeidsintensief. C2M wordt vooral gebruikt naar opvolging van de patiënt, RevaPro vooral naar administratie, registratie en facturatie. Begin 2013 werden beide systemen gekoppeld. De therapeuten konden via hun eigen login in RevaPro automatisch het paramedisch dossier raadplegen in C2M.

Door de sterke informatisering was er nood aan uitbreiding van het aantal computers op alle campussen. Er werd ook overgegaan tot de aankoop van tablets. Het bewegings- en gangpatroon van de revalidatiepatiënt kan nu worden gefilmd. De beelden worden besproken en geëvalueerd in teamvergaderingen.

Er werd, in navolging van de koppeling met C2M ook een koppeling gerealiseerd met het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Van alle documenten, verstuurd naar mutualiteiten en verzekeringsinstellingen, werden vroeger kopijen bijgehouden in een ‘papieren’ dossier. Vanaf november 2013 worden de aanvragen, kennisgevingen en brieven rechtstreeks verstuurd naar het EMD en beperken we zo het afdrukken van documenten.

In januari 2013 werd gestart met een volledig nieuw patiëntenadministratiesysteem OAZIS. Ook deze overschakeling had gevolgen voor onze werking. Voor elke ambulante patiënt wordt vanaf nu een doorlopend inschrijvingsnummer gemaakt om dagelijkse registratie mogelijk te maken. Het beheer van deze inschrijvingsnummers gebeurt door het Revalidatiecentrum.

Paperless office

Sinds begin 2014 hanteren we het principe van 'paperless office'. Bij elke consultatie wordt het 'papieren dossier' gefilterd en worden de belangrijkste documenten ingescand en geïmporteerd in het EMD. Als de patiënt papieren bij zich heeft scannen we deze in en worden ze geïmporteerd in het medisch dossier. Op deze manier werden de papieren dossiers van de laatste twee jaar volledig weggewerkt en werken we op een positieve manier mee aan het probleem van het gebrek aan archiefruimte.

De informatisering is nog niet ten einde. Door de sterke uitbreiding van het aantal ambulante patiënten is er nood aan een overzichtelijk en gebruiksvriendelijk planningssysteem. Ook de migratie van RevaPro naar OXYGEN komt opnieuw ter sprake. OXYGEN is de opvolger van RevaPro. Het is een performanter en sneller systeem, waarin er meer en betere koppelingen zijn verwerkt met C2M. We kijken uit naar een efficiënter en minder tijdrovend systeem om onze dossiers verder in te scannen.

De toekomst brengt misschien ook nog een Selfscanmodule waarbij patiënten zich via de barcode op hun eID kunnen inscannen bij een registratiepunt aan de ingang van het revalidatiecentrum. Deze module heeft belangrijke voordelen naar ziekenhuisbeheer: patientenidentificatie, dubbele controle op aanwezigheid en registratie, etc…

Onze dank gaat uit naar de collega's van de dienst Informatica en de supportdienst van Compufit. Hun expertise en hulp hebben we steeds zeer kunnen waarderen.

Dominique Lehembre
Adjunct-diensthoofd Revalidatiecentrum
dominique.lehembre@aznikolaas.be

Hemovigilantie en Cybertrack

Kwaliteit en veiligheid van bloedcomponenten

De slogan 'Bloed geven doet leven' van het Rode Kruis om bloeddonoren te recruteren klinkt eenieder bekend in de oren. Zonder donoren kunnen we niet beschikken over de juiste bloedcomponenten voor onze patiënten en de beschikbaarheid van voldoende bloedcomponenten is van levensbelang.

De transfusieketen begint dan ook bij hen die vrijwillig en onbezoldigd bloed geven. Hun volbloed wordt in de bloedtransfusiecentra verwerkt tot de bloedcomponenten erythrocytenconcentraat, plasma en trombocytenconcentraat. Vanuit de bloedtransfusiecentra worden de ziekenhuizen bevoorraad, voor het AZ Nikolaas gebeurt de dagelijkse bevoorrading vanuit Gent.

Het voorkomen van incidenten met bloedcomponenten is al jaren een topprioriteit in ons ziekenhuis. Zo wordt enkel nog bloed vrijgegeven wanneer de bloedgroep van de patiënt ondubbelzinnig gekend is door middel van twee bloedgroepbepalingen uitgevoerd op bloed afkomstig van twee onafhankelijke bloedafnames.
Alle monitoring, registraties, procedures en acties met betrekking tot (het voorkomen van) bijwerkingen en voorvallen die zich (kunnen) voordoen in de ganse transfusieketen vallen onder de noemer 'hemovigilantie'. Hemovigilantie (in analogie met farmacovigilantie) of bloedbewaking heeft tot doel de kwaliteit en de veiligheid van bloedcomponenten en de toediening ervan te verzekeren en te verhogen.

Op nationaal niveau is de organisatie van hemovigilantie één van de opdrachten van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), naast BeQuinT (Belgian Quality in Transfusion). In 2011 is vanuit het Nationaal Platform voor Transfusie (in 2014 veranderd in BeQuinT) een enquête opgestart waarin aan de hand van 80 vragen het transfusiegebeuren in de ziekenhuizen werd onderzocht. Het doel is om tot standaardisatie te komen vooral wat betreft het voorschrift, traceerbaarheid en rapportage van bloedcomponenten. Dr. Karin Van Poucke is als bestuurslid van de Wetenschappelijke Vereniging voor Transfusie Vlaanderen (WVTV) ook lid van de stuurgroep van BeQuinT en actief binnen de werkgroep opleiding en e-learning.

Op lokaal niveau is de ziekenhuisbloedbank verantwoordelijk voor de haar toebedeelde bloedcomponenten en wordt van het ziekenhuis verwacht een performant bloedbewakingssysteem uit te werken. Om dit te verwezenlijken werden in het verleden de transfusiecomités in het leven geroepen. In het AZ Nikolaas komt het transfusiecomité twee maal per jaar samen. Op deze vergaderingen worden ook de incidenten en voorvallen van de voorbije periode besproken. Ernstige meldingen worden doorgegeven aan het FAGG dat de gegevens van alle ziekenhuizen evalueert en vertaalt in algemene aanbevelingen die verder bijdragen tot het verhogen van de kwaliteit en de veiligheid van bloedcomponenten.

In 2014 is een multidisciplinair hemovigilantieteam opgericht, bestaande uit dr. Karin Van Poucke (klinisch bioloog), dr. Isabel Vandebroek (hematoloog) en mevr. Saskia Feyaerts (hemovigilantieverpleegkundige). Naast hun taak binnen het transfusiecomité en het opvolgen van bijwerkingen en voorvallen staat dit team ook in voor opleiding en vorming rond bloedtransfusie.

Cybertrack

Dit actief beleid naar meer verantwoord gebruik en tevens verhoogde veiligheid heeft in het AZ Nikolaas geleid tot de implementatie van het softwarepakket Cybertrack ter vervanging van het papieren transfusie-attest. Deze webbased applicatie maakt het mogelijk om buiten het laboratorium de start en het einde van een transfusie te registreren en stelt ook informatie ter beschikking die anders enkel in het LIS (Laboratorium Informatica Systeem) consulteerbaar is. Alle handelingen dienen bedside te gebeuren, hetgeen een pc (bij voorkeur een COW (Computer On Wheels)) met barcodescanner vereist.

Dr. Karin Van Poucke, klinisch bioloog en Saskia Feyaerts, hemovigilantieverpleegkundige

Nadat de verantwoordelijke verpleegkundige zich in het systeem heeft ingelogd kan hij of zij onmiddellijk zien bij welke patiënten op zijn of haar dienst een transfusie-actie aanwezig is: welke bloedcomponenten zijn reeds toegediend of welke zijn beschikbaar of is de transfusie bezig ...?

De registratie van een individuele transfusie begint met het inscannen van de barcodes van de toe te dienen bloedcomponent enerzijds en de patiëntenbarcode aanwezig op het polsbandje anderzijds. Cybertrack zal op basis van de in het laboratorium uitgevoerde kruisproef en de bloedgroepgegevens van de patiënt en de bloedcomponent een finale veiligheidscontrole uitvoeren alvorens groen licht te geven voor deze bloedtransfusie. Daarnaast zullen in Cybertrack ook de verschillende parametercontroles (temperatuur, bloeddruk en pols) die gebeuren op vastgelegde tijdstippen genoteerd worden. Op het einde van de transfusie kan de verpleegkundige ook aangeven of de transfusie onderbroken werd en of eventuele reacties zoals koorts, misselijkheid, ... tijdens het transfusieproces werden opgemerkt. Al deze gegevens zijn consulteerbaar in C2M.

In een eerste fase werd deze applicatie opgestart op de dienst intensieve zorgen en het operatiekwartier. Ondertussen zijn ook het oncologisch dagziekenhuis en afdeling T1 (oncologie) samen met A4 (pneumologie) opgestart. Het is de bedoeling om CyberTrack zo snel mogelijk uit te rollen over het ganse ziekenhuis om aldus de veiligheid in transfusie binnen AZ Nikolaas te verhogen.

Jaarlijks worden er ongeveer 8000 bloedcomponenten toegediend in AZ Nikolaas waarvan de meerderheid erythrocytenconcentraten zijn waarvan de prijs € 119 per eenheid bedraagt. Het is dan ook onze opdracht, mede uit respect voor de donoren, alles te doen wat kan bijdragen aan een veiliger en effectiever gebruik van bloedcomponenten bij onze patiënten.

Dr. Karin Van Poucke
Laboratorium Klinische biologie
karin.vanpoucke@aznikolaas.be

Iridium-ziekenhuizen organiseren tele-MOC

Belgische primeur maakt gebruik van Unify's OpenScape oplossingen

Voor het eerst organiseerden een aantal Belgische ziekenhuizen een supraregionaal multidisciplinair oncologisch overlegcomité (tele-MOC). De sessie was een initiatief van het Iridium-kankernetwerk en werd technologisch ondersteund met Open-Scape UC, OpenScape Video en Web Collaboration oplossingen. Hoewel de webinterface en de technologie hen onbekend was, bleken de meeste artsen er meteen mee te kunnen werken. In één uur tijd bespraken ze zes patientcases.

Dr. David Van der Planken
Neurochirurgie

Multidisciplinair overleg is al langer gebruikelijk in de zorgsector en zeker in het domein van de oncologische zorg, waar de overheid zelfs verplicht overleg op de agenda zet. Het Iridium-kankernetwerk is een samenwerkingsverband tussen een aantal Vlaamse ziekenhuizen (UZA, GZA, AZ Klina, AZ Monica, AZ Nikolaas en AZ Sint-Jozef Malle) dat multidisciplinair overleg tussen ziekenhuizen wil bevorderen.

De sessie op 16 december jongstleden werd bijgewoond door neurologen, neurochirurgen, medisch oncologen, radiotherapeuten, pathologen en laboranten van de betrokken ziekenhuizen.

"We wilden met deze eerste sessie vooral nagaan of zo'n supraregionaal overleg technologisch voldoende kwalitatief kan zijn om het als een integraal deel van ons overleg te beschouwen", zegt neurochirurg dr. David Van der Planken van AZ Nikolaas, die deze eerste sessie coördineerde vanuit de MOC-kamer in Sint-Niklaas.

Tijdens de bespreking konden de aanwezige artsen om beurten de presentatie overnemen en onderzoeksresultaten uit het medisch dossier van de patiënten ter bespreking delen. Beelden die vanuit een ziekenhuis-PACS (databank van onderzoeksbeelden) werden opgehaald, konden zonder problemen door alle deelnemers gezien worden. *"Dat komt omdat we niet de originele bestanden gebruiken – dat zou voor onderzoeken als CT- of MRI-scans veel te veel bandbreedte vergen"*, onderstreept Pieter Van Delm, verantwoordelijke netwerken bij AZ Nikolaas. *"We gebruiken formaten die een perfecte schermweergave garanderen zodat de artsen diagnostische kwaliteit krijgen, hoewel het beeldvolume aanzienlijk lager ligt."*

"De echte IT-uitdaging is om de technologie bij de artsen te brengen op zo'n manier dat ze er snel de toegevoegde waarde van inzien", gaat Pieter Van Delm verder. *"Daarom beginnen we hier met actieve IT-ondersteuning en een setup die gebruik maakt*

van de basisfunctionaliteiten. Eens ze die in de vingers hebben, kunnen we meer mogelijkheden inbouwen, allen met een duidelijke meerwaarde voor artsen. Ik denk aan de whiteboard, die annotaties onscreen mogelijk maakt."

De technologie lijkt verdergaand overleg tussen ziekenhuizen alvast niet in de weg te staan. *"Het agendaprobleem wordt er niet minder op"*, stelt dr. Van der Planken, *"maar eens we deze manier van werken gewoon zijn, zullen we wellicht sneller een beroep doen op zo'n vorm van overleg. Ik voorzie toch één of twee dergelijke sessies per maand binnen het Iridium-netwerk."*

Dr. Erik Van de Kelft
Medisch diensthoofd
Neurochirurgie
erik.vandekelft@aznikolaas.be

Aan alle mensen in de Rozenstraat.

Zo was één van de nieuwjaarswensen aan het personeel van straat 723 geadresseerd. En wie geregeld op Inwendige 1 komt zal begrijpen waarom. Die roos is één van de kleine dingen waarmee men op de neurologie afdeling het verschil probeert te maken, een symbool voor zorgdragen, niet alleen voor patiënten maar ook voor mekaar.
De jaarlijkse nieuwjaarsdrink met voor iedereen een klein presentje en een overweldigend buffet van zelfgemaakte taarten, cupcakes en andere zoetigheid hoort daarbij, samen met een 'nieuwjaarsspeech'.

'We kunnen er niet omheen. Elke dag worden we bestookt door negatieve berichten.
Er heerst een crisis op alle fronten, niet alleen economisch, maar ook sociaal, vaak relationeel, emotioneel om maar te zwijgen van spiritueel. Mensen hebben het moeilijk.
We moeten alsmaar meer met minder tijd en middelen, en als het niet lukt ervaren we dat als falen, of geven de schuld aan mensen en gebeurtenissen rondom ons.
Er zijn geen zekerheden meer. Angst lijkt het leven te beheersen. En negatieve emoties vreten energie.
Dus laten we op zoek gaan naar een positieve insteek, naar samenhorigheid en vertrouwen.
Vertrouwen is geen zekerheid. Mocht je 100% zeker zijn van de mensen rondom, dan zou je immers geen vertrouwen nodig hebben.
Dat vertrouwen moet je vinden, soms verdienen maar ook krijgen. Pas als woorden en daden overeenkomen ontstaat vertrouwen, in jezelf en in de ander. Zo kunnen mensen samen verder groeien.
De mensen die deze afdeling dragen, verdienen alle vertrouwen. De neuro-patiënt krijgt hier een prima verzorging en begeleiding, daar zorgen we samen voor en we mogen er dan ook trots op zijn. Samen staan we sterk. Of zoals je kan lezen op de hartjes aan de verpleegpost: 'we may not have it all togther, but together we have it all'.

Dus laten we toasten op het vertrouwen, vertrouwen in onszelf, in de ander en in wat we er samen van kunnen maken.
Together we have it all!

Dr. Chris Jadoul
Neurologie

Strategiekaart en beleidsplan 2015 - 2017

Jaarlijks wordt er in het najaar een beleidsdag georganiseerd, waarbij directie en diensthoofden de beleidsdoelstellingen voor het volgende jaar bepalen.

Bij de start van onze beleidsoefening in september 2014 namen wij een aantal leerpunten mee van vorige edities:

- Wij houden eraan het beleidsplan bottom-up op te bouwen vanuit de inbreng van medische diensthoofden, het verpleegkundig middenkader en de diensthoofden van de ondersteunende diensten, maar ...
- De acties die in het kader van dit beleidsplan voorgesteld worden, mogen geen amalgaam van "losse ideetjes" vormen, maar dienen finaal te kaderen in en bij te dragen tot de realisatie van de hogere strategische doelstellingen van het ziekenhuis. Daarom werden de eerdere strategische oefeningen van 2007 en 2010 - na actualisering binnen het directieteam en bekrachtiging door de Raad van bestuur - als leidraad voor het beleidsplan vooropgesteld.
- Onderliggend aan de strategische doelstellingen van het ziekenhuis werden vervolgens een aantal operationele doelstellingen vastgelegd, met een realisatiehorizon van 2 à 3 jaar.
- Binnen dit kader van (middel)lange termijn doelstellingen werden dan de concrete actieplannen opgesteld, waarvan de ervaring van de voorgaande jaren ons leert dat deze ook niet steeds binnen één kalenderjaar realiseerbaar zijn. Wij kozen er daarom voor het voorliggende beleidsplan een horizon van 3 jaar (2015-2017) mee te geven.

Vanuit medisch perspectief bekeken, kunnen wij alvast volgende greep doen uit de vooropgestelde acties:

- AZ Nikolaas wenst haar **poliklinische dienstverlening** te verbeteren en dit zowel infrastructureel ("polimasterplan" in Sint-Niklaas en (nieuw) bouwprojecten in de perifere campussen) als qua aanbod (met o.m. de invulling van een aantal hiaten, zoals een intramuros polikliniek oftalmologie, reumatologie of dermatologie én uitbreiding van het aanbod in aantal disciplines en aantal uur beschikbaarheid in de perifere campussen).
- AZ Nikolaas ambieert een **tweede NMR-toestel** voor het Waasland en dingt als groot oncologisch centrum mee naar de erkenning voor een **PET-CT**.
- AZ Nikolaas meent als groot perifeer centrum voor een selectie van **zeldzame en/of complexe pathologieën** voldoende expertise in huis te hebben en zal voor de andere pathologieën gepaste **samenwerkingsverbanden** opzetten.
- AZ Nikolaas blijft ook in de toekomst samen met de artsen en verpleging een rechtmatig aandeel nastreven in de **ziekenhuisfinanciering** via medische pathologiezwaarte (MKG) en verpleegkundige zorgzwaarte (NRG).
- AZ Nikolaas blijft maximaal inzetten op **multidisciplinaire samenwerking** (o.a. via multidisciplinaire managementeams, interprofessioneel overleg, gezamenlijke visievorming rond het elektronisch patiëntendossier) en streeft een veilige, multidisciplinaire uitwisseling van relevante patiënteninfo na binnen én buiten de ziekenhuismuren.
- AZ Nikolaas opent in de loop van 2017 in Hamme een **herstelverblijf** ("zorghotel") en biedt hiermee een antwoord aan zorgverleners (i.e. specialisten én huisartsen) om hun patiënten in een niet-acute ziekenhuisomgeving rustig voor te bereiden op een terugkeer naar huis.
- AZ Nikolaas profileert en verbreedt zich verder als **stageplaats** voor artsen, verpleegkundigen en paramedici.

Wij houden u via Infusie graag op de hoogte van verdere beleidsontwikkelingen.

Stefan Van den Brouck
Algemeen directeur
stefan.vandenbrouck@aznikolaas.be

Finaliteitsperspectief

Met een warm hart en op een zo toegankelijk mogelijke manier...

top basis en gespecialiseerde zorg bieden...

met behoud van een gezonde financiële structuur.

Klantenperspectief

De tevredenheid van onze cliënten continu verbeteren...

door interprofessioneel samen te werken...

en de ziekenhuis-netwerking te integreren in zorgnetwerken.

Interne processen perspectief

Onze **kern- en** ondersteunende processen doelgericht verbeteren, binnen het kader van

Kwaliteit en veiligheid (Q&S)

Ethisch handelen

Efficiënt en rationeel handelen

Klantgerichtheid

Leren en groeiperspectief

Een zorgzame organisatie te zijn voor artsen en medewerkers, zodat deze zich geëngageerd blijven inzetten voor de patiënt.

Verbeteren en **borgen** van de **professionele** en sociale competenties van artsen en medewerkers.

Werken volgens wetenschappelijk onderbouwde normen

Maatschappelijk verantwoord ondernemen

Innoverend en toon-aangevend anticiperen op toekomstige noden

Effectiviteit preventie- en interventiebeleid bij decubitus

Decubitus is een frequent voorkomend probleem in de gezondheidszorg. Een decubitusletsel veroorzaakt bij de patiënt pijn en ongemak en tast hierdoor de levenskwaliteit aan. Omwille van de langdurige genezing van decubitusletsels leiden zij tot een verlengde opnameduur en tot additionele kosten voor de patiënt en de maatschappij.

Om het probleem onder de voortdurende aandacht te houden, werd op 16 november 2012 de eerste internationale dag tegen decubitus georganiseerd. Voor ons het startsein om het decubitusprobleem binnen AZ Nikolaas aan banden te leggen. Voor deze datum scoorden we, vergeleken met een dertigtal andere Belgische ziekenhuizen (Navigator), ondermaats. En vermits decubitus een kwaliteitsparameter is, werd onze doelstelling de decubitusprevalentie ontstaan binnen het ziekenhuis onder de 5% te brengen.

Ons preventie- en interventiebeleid steunt op vier peilers:

1. **Een maandelijkse screening van de decubitusprevalentie van de verblijfsafdelingen, gemeten door de afdeling zelf.** Vroeger betekende dit een zeer arbeids- en tijdsintensieve registratie met een uitgestelde interpretatie van de resultaten tot gevolg. Vanaf 2015 starten we met de registratie- en verwerkingssoftware iProva van Infoland. Analyse en rapportage kunnen op dezelfde dag gebeuren waardoor we veel korter op de bal kunnen spelen en verbeteracties kunnen plannen.
2. **Maandelijks onaangekondigde audits van drie afdelingen door de wondzorgverpleegkundigen en een vertegenwoordiger van de firma Arjo-Huntleigh (alternerende matrassen).** Ook nu via iProva kunnen we direct na de audit een rapportage en feedback van de resultaten aan de betrokken afdeling doorgeven.
3. **Een tweejaarlijkse audit van de hoog risico afdelingen (in 2015 voor de 4de keer).** Een belangrijke conclusie is dat over de jaren heen er, ondanks het stijgen van het aantal risicopatiënten (van 38% naar 44%), toch een daling is van het aantal decubitusletsels ontstaan binnen het ziekenhuis (van 82% naar 73.5%), waarbij 100 % gelijk is aan het totaal aantal decubitusletsels in AZ Nikolaas.
4. **Verplichte melding van decubitus Cat. III en IV aan de Dienst Wondzorg.** Wat vroeger via e-mail of telefonisch gebeurde, zal in 2015 via iTask van Infoland gebeuren. Het decubitusletsel kan dan als "incident" worden doorgegeven met eventueel reeds een verbetermaatregel. Wij gaan dan na hoe en waar het letsel ontstaan is om weerom verbeteringsacties op te starten.

Als reactie op het "strenger" decubitusbeleid zagen we vanaf eind 2012 het eerste jaar een enorme toename aan verbruik van alternerende matrassen (met een kostprijs van ± € 7000/maand). Door overshooting teniet te doen, door wisselhouding te sensibiliseren (opstellen flowchart en invoeren van een wisselhoudingschema) en het in realtime visualiseren en controleren van de huurmatrassen, behalen we nu verbruikcijfers onder die van begin 2012 en deze zijn nog steeds in dalende lijn.

Vanaf het invoeren van het preventie- en interventiebeleid is de decubitusprevalentie ontstaan binnen AZ Nikolaas elk jaar met gemiddeld 1% gedaald om eind 2014 te eindigen op 4% en dit gecombineerd met een daling in de verbruikcijfers van antidecubitusmateriaal! Door het invoeren van de registratie- en verwerkingssoftware hopen we dit cijfer verder te doen dalen. Maar we kunnen nu al zeggen: Target accomplished!

Ik wil eindigen met een dankwoord aan de afdelingen. Zonder hun intensieve inzet en medewerking hadden we deze cijfers nooit kunnen behalen!

Dirk Milliau
Wondzorgverpleegkundige
dirk.milliau@aznikolaas.be

AZ Nikolaas
Top zorg, warm hart

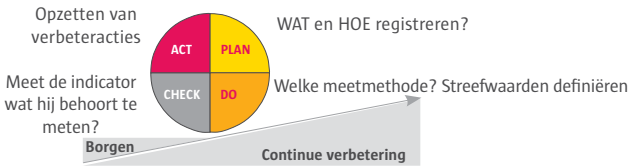
EFFECTIVITEIT PREVENTIE – EN INTERVENTIEBELEID BIJ DECUBITUS

WORLD WIDE
STOP
PRESSURE ULCER DAY
NOVEMBER 16 2012
www.epuap.org

Opstart intensief decubitusbeleid: 16/11/2012 (eerste internationale dag tegen decubitus)

Doelstelling: Prevalentie decubitus onstaan in het ziekenhuis onder de 5% brengen

NIAZ accreditatie:
Indicatoren → om continue te verbeteren → PDCA-cyclus

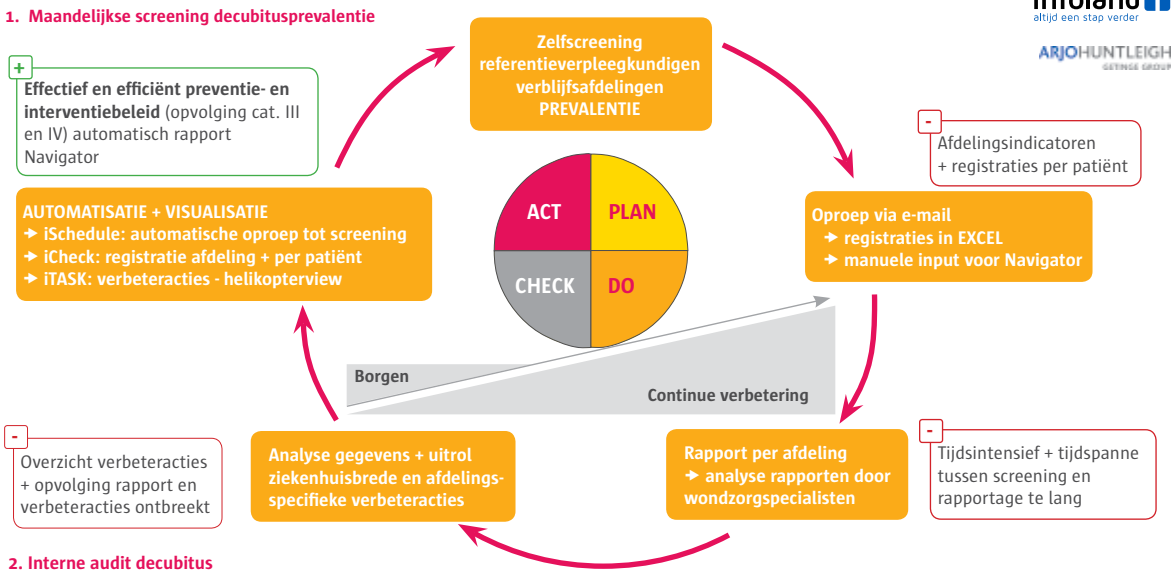


WERKING PREVENTIE- EN INTERVENTIEBELEID

infoland
altijd een stap verder

ARJOHUNTLEIGH
GETINGE GROUP

1. Maandelijkse screening decubitusprevalentie



2. Interne audit decubitus

Screening 3 afdelingen/maand → wondzorgspecialisten decubitus (niet gebonden aan afdeling) i.s.m. Arjo-Hunthleigh → dankzij automatisatie: onmiddellijke feedback

3. Tweejaarlijkse audit hoog-risico-afdelingen

Belgische prevalentiemeting volgens EPUAP-richtlijnen

4. Continue registratie decubitus cat. III en IV

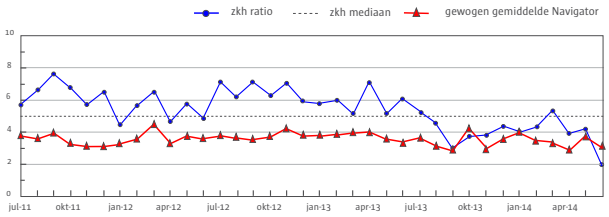
Verplicht doorgeven van elk decubitusletsel ontstaan binnen het ziekenuis vanaf cat. III aan wondzorgteam. Nagaan oorzaak. Waar ontstaan? Hoe ontstaan? Oplossingen?

→ Opvolging cat. III en cat. IV door wondzorgteam → onmiddellijk na melding

→ Verbeteracties decubitus

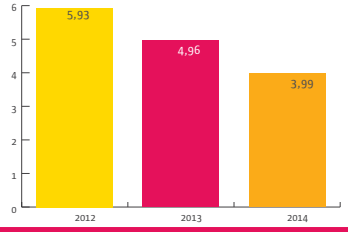
Resultaten decubitusprevalentie in AZ Nikolaas • Als gevolg van een preventie-en interventiebeleid onderbouwd met indicatoren

Registratie decubitusprevalentie via Navigator 04/2011 t.e.m. 06/2014. Totale prevalentie decubitus ontwikkeld tijdens ziekenhuisopname.



Conclusie AZ Nikolaas: Tot half 2013 is onze prevalentie gemiddeld 2% hoger dan het gewogen gemiddelde. Daarna lijndiagram rond het gewogen gemiddelde.

Totale prevalentie decubitus ontwikkeld tijdens ziekenhuis opname in AZ Nikolaas



Conclusie AZ Nikolaas: Continue daling van de totale prevalentie decubitus ontwikkeld tijdens ziekenhuisopname van 2012 t.e.m. 2014 (1e semester) ondanks de continue stijging van het aantal risicopatiënten. →doelstelling bereikt!

Hoofd- en halsoncologie:

Een kritische terugblik op de laatste tien jaar

De publicatie van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (www.kce.fgov.be) "Organisation of care for adults with rare or complex cancers" heeft ons er toe aangezet om eens terug te kijken hoe deze patiënten de laatste tien jaar in het AZ Nikolaas werden behandeld en met welk resultaat.

Hoofd- en halsoncologie groepeert patiënten met een maligne aandoening in het hoofd- halsgebied met exclusie van intracraniële pathologie.
Reeds sedert 1985, lang voor de wettelijke norm, bestond er in ons ziekenhuis een multidisciplinair overlegcomité (MOC) voor de hoofd- halspatiënten. Twee- tot driemaal per maand werden de patiënten gezamenlijk besproken en gezien door de dienst Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde (MKA), Neus-, Keel- en Oorheelkunde (NKO) en Radiotherapie.

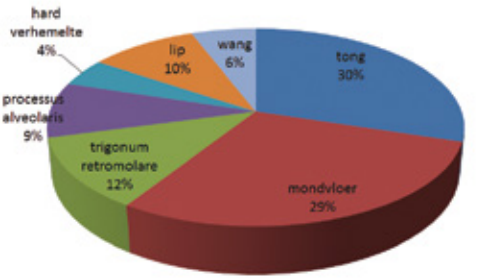
Ongeveer tien jaar geleden werd het multidisciplinair team opgericht waaraan naast een MKA- en een NKO-chirurg ook radiotherapeuten, oncologen en radiologen deelnamen. Verder is er een nauwe samenwerking met voedingsverpleegkundige Kurt Boeykens, logopediste Stefanie Ryckaert, sociaal assistenten, de oncocoach en zonodig de tandarts.

Voor onze retrospectieve studie werd de groep van patiënten met mondholtecarcinoma geviseerd.
Van de 228 patiënten, die de laatste tien jaar behandeld werden, waren er 203 met voldoende gegevens om statistisch te evalueren.

De leeftijdsverdeling komt overeen met de gemiddelde Vlaamse bevolking zoals blijkt uit de cijfers van de Vlaamse kankerregistratie (www.kanker-register.org).

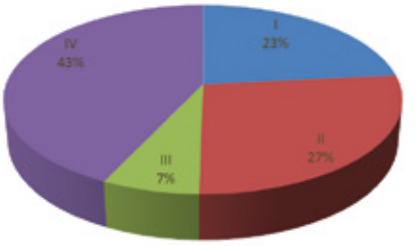
Ook de lokalisatie van de tumoren binnen de verschillende zones van de mondholte kent een gelijkaardige verdeling als de Vlaamse populatie.

Lokalisatie tumor binnen de mondholte



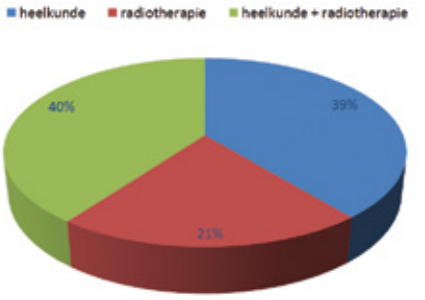
Het eerste verschil vinden we in de stadia waarin de patiënt zich aanmeldt. Hier is er duidelijk een lager aantal in stadium 3 ten voordele van stadia 1 en 2. 43 % van de diagnoses is in stadium 4.

Aanmelding patiënten binnen AZ Nikolaas



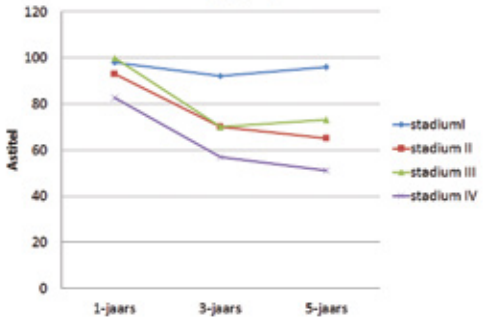
De behandeling is in ons ziekenhuis iets meer heelkundig georiënteerd daar 79 % van de patiënten een heelkundige ingreep krijgt. De Vlaamse cijfers blijven hier op 73 % hangen.

Behandeling in AZ Nikolaas



De overleving is ons centrum hoger dan het Vlaamse gemiddelde met 95 % in stadium 1 (tegenover 80 %), 65 % in stadium 2 (tegenover 60 %), 72 % in stadium 3 (tegenover 45 %) en 50 % in stadium 4 (tegenover 33 %).

Overleving patiënten AZ Nikolaas



Voor maligniteiten in de mondholte blijven we geloven in een multidisciplinaire aanpak waarin heelkunde centraal staat.

Het zou goed zijn om ook de parameters voor 'quality of life' na dergelijke zware therapieën te scoren. Op dit vlak zijn er evenwel nog geen vergelijkende Vlaamse gegevens beschikbaar.

Dr. Kristof Hendrickx
Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde
kristof.hendrickx@aznikolaas.be

Campusnieuws

Uitbreiding consultatie Orthopedie in campus Beveren

Midden december startte dr. Karl Dom consultaties op in campus Beveren.
Hij is aanwezig op maandag tussen 09.00 en 12.00 uur.
Afspraken via: 03 760 60 60

Presentaties

- **Masterclass abdominal ultrasound: Abdominal ultrasound in bowel diseases**
  Leuven, oktober 2014.
  Dr. J. Schouten
- **Masterclass hepatitis: Noninvasive assessment of liver fibrosis**
  Utrecht, november 2014
  Dr. J. Schouten
- **IFAD 2014: Abdominal ultrasound for the intensive care specialists**
  Antwerpen, november 2014
  Dr. J. Schouten
- **Wintermeeting BASL: Non-cirrhotic portal hypertension**
  Brussel, december 2014
  Dr. J. Schouten
- **Probabilistic paresthesia maps of epidurally placed leads over an intraspinal nerve structure: The dorsal root ganglion (DRG)**
  Posterpresentation congres American Association of Anesthesia
  Dr. J.P. Van Buyten

AZ Nikolaas

Top zorg, warm hart

Zondag
15 maart 2015

10.00 - 17.00 uur

Campus Sint-Niklaas
L. De Meesterstraat*

dag v/d **zorg**

Ladies first

Dit jaar rollen wij de rode loper uit in **campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat**.

In the spotlights: fertiliteit • materniteit • polikliniek pediatrie • kinder- en jeugdpsychiatrie • borstkliniek • centrale sterilisatie-afdeling • locoregionale anesthesie • voedingsadvies • werken in AZ Nikolaas • ...

Activiteiten en animatie op kindermaat verzekerd!

Meer informatie? www.aznikolaas.be of volg ons via Facebook!

* Ingang via Hospitaalstraat, tegenover de inrit spoedgevallen

Catwalk

In AZ Nikolaas is er altijd plaats voor nieuw **TOPtalent**. Droomt jouw zoon of dochtertje van een carrière als verpleegkundige of arts? Kom dan zeker langs onze bijzondere catwalk!